UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1946-1947. — N° 73

NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CHORIO-ÉPITHÉLIOME PRIMITIF DU VAGIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 18 juin 1947

PAR

Daniel-Georges-Lucien GŒTT

Diplômé de Médecine coloniale

Né à TOULON (Var), le 4 mai 1921

Examinateurs de la Thèse :

MM. RIVIERE, professeur ..... *Président.*

CHARRIER, professeur ..... *Juges.*

MAGENDIE, agrégé ..... *Juges.*

MAYER, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1947

GOETT (Daniel-Georges-Lucien)

Nouvelle contribution à l'étude du chorio-épithéliome primitif du vagin. — Bordeaux, Delmas, 1947. In-8°, 70 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1946-1947. N° 73.)

GOETT (Daniel-Georges-Lucien)

Nouvelle contribution à l'étude du chorio-épithéliome primitif du vagin. — Bordeaux, Delmas, 1947. In-8°, 70 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1946-1947. N° 73.)

GOETT (Daniel-Georges-Lucien)

Nouvelle contribution à l'étude du chorio-épithéliome primitif du vagin. — Bordeaux, Delmas, 1947. In-8°, 70 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1946-1947. N° 73.)

GOETT (Daniel-Georges-Lucien)

Nouvelle contribution à l'étude du chorio-épithéliome primitif du vagin. — Bordeaux, Delmas, 1947. In-8°, 70 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1946-1947. N° 73.)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1946-1947. — N° 73

NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CHORIO-ÉPITHÉLIOME PRIMITIF DU VAGIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 18 juin 1947

PAR

Daniel-Georges-Lucien GŒTT

Diplômé de Médecine coloniale

Né à TOULON (Var), le 4 mai 1921

Examinateurs de la Thèse

MM. RIVIERE, professeur ..... *Président.*

CHARRIER, professeur ..... } *Juges.*

MAGENDIE, agrégé ..... }

MAYER, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1947

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ.

ASSESSEUR : M. LABAT.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGES, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ROCHER, ANDERODIAS, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
id.	CREYX.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurg. et gynécol.	CHARRIER.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Hygiène	PIÉCHAUD.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	N.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Chimie	CHELLE.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Pharmacie	VITTE	Hydrologie thérap. et climatol.	N...
Physiologie	FABRE.	Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.
Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.		

PERRENS (Maladies mentales). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	LAUMONIER.
Physiologie	N.	Obstétrique	N.
Médecine générale	N.	id.	MAHON.
id.	N.	Ophtalmologie	BESSIÈRES.
id.	N.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
id.	SARIC.	Physique médicale	REBOUL.
id.	DUBARRY.	Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU
id.	TRAISSAC.	Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	N.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	N.
id.	N.	Histoire natur. méd. et parasitol.	N.
id.	MAGENDIE.	Histologie	MAYER.
id.	POUYANNE.	Chimie biologique	TAYEAU.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Accouchements	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Puériculture	PERY.	Physiologie	Mlle ROUGIER
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Chimie biologique	TAYEAU
Ophtalmologie	BESSIÈRES.	Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.
Anatomie	RIGAUD.	Pathologie chirurgicale	VILLAR.
Chimie minérale	CASTAGNOU.	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.
Botanique	GIRARD.	Electroradiologie	CAILLON.
Cryptogamie	GIRARD.		

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE GEORGES GOETT

MÉDECIN-GÉNÉRAL DE 1re CLASSE DE LA MARINE,
ANCIEN MEMBRE DU PERSONNEL NAVIGANT DE L'AÉRONAUTIQUE MARITIME,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MÉDAILLES D'ARGENT ET D'OR DES EPIDÉMIES.

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES

A Monsieur le Médecin-Général de 2e classe GALIACY

Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.

A Monsieur le Médecin en chef de 2e classe BOURRET

Sous-Directeur de l'École principale du Service de santé de la Marine,
Officier de la Légion d'honneur,
Commandeur du Nichan-Iftikhar,
Officier du Ouissan-Allaouit.

A TOUS NOS PROFESSEURS
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE

A NOS MAITRES
DES FACULTES DE MEDECINE DE STRASBOURG
ET DE BORDEAUX

A NOS JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. RIVIÈRE

Professeur de Clinique d'accouchements,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.

NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CHORIO-ÉPITHÉLIOME PRIMITIF

DU VAGIN

INTRODUCTION

Le chorio-épithéliome se développe habituellement dans l'utérus. Lorsque d'autres organes sont atteints (poumons, vagin, etc.), il s'agit en général de métastases. Il existe pourtant des chorio-épithéliomes viscéraux dans lesquels l'utérus est indemne, et que l'on dit pour cette raison primitifs; les plus fréquents intéressent le vagin.

Les chorio-épithéliomes primitifs du vagin ont une individualité bien marquée. Leur symptomatologie, les problèmes de diagnostic, de pathogénie et de traitement qu'ils posent, leur ont mérité au début du siècle une étude particulière. Dans sa thèse, fondée sur 18 observations, Duplay fit en 1905 une description anatomo-pathologique et clinique de la maladie, rassembla les théories pathogéniques la concernant, étudia les modalités du traitement chirurgical.

Depuis cette époque, les acquisitions nouvelles — application des agents physiques au diagnostic et au traitement des cancers; avènement de la méthode de diagnostic biologique; données récentes concernant l'étiologie des tumeurs placentaires — permettent de réviser certaines notions an-

ciennes et de rendre l'action médicale plus prompte et plus efficace.

Il n'y a pas eu d'étude d'ensemble du chorio-épithéliome primitif du vagin depuis le travail de Duplay. Merger, dans sa thèse (1932), n'y a consacré qu'un court paragraphe.

En nous confiant une observation récente et particulièrement remarquable de leur service, MM. les Professeurs Charrier et Rivière nous ont permis de tenter cette étude nouvelle.

Que tous ceux qui nous ont aidé à la mener à bien trouvent ici l'expression de notre gratitude.

M. le Professeur Dubreuil nous a donné des comptes rendus anatomo-pathologiques détaillés. Nous avons trouvé auprès de lui les meilleurs conseils.

M. le Professeur Charrier nous a fait profiter très aimablement de sa haute expérience.

M. le Professeur agrégé Mayer et M. le Docteur Chastrusse nous ont amicalement guidé au long de notre travail; nous devons au second le sujet même de cette thèse.

M. le Professeur Rivière a droit à notre particulière reconnaissance pour l'accueil toujours bienveillant qu'il nous a réservé et le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Notre travail est divisé en plusieurs parties : on trouvera, après les observations, les chapitres concernant l'anatomie pathologique, l'étiologie, l'étude clinique, le diagnostic, la pathogénie, le pronostic et le traitement de la maladie.

OBSERVATIONS

Le chorio-épithéliome vaginal ne peut être considéré comme primitif que si l'utérus est indemne.

Cette condition n'est pas remplie par les observations de Holzapfel et Fleischmann, rapportée par Duplay, de de Rouville, Madon et Guibal, citée par Merger. Nous ne les avons pas utilisées.

Vingt-deux observations ont été retenues.

Les observations I à XVI sont extraites de la thèse de Duplay, où l'on voudra bien les consulter pour les détails. Les observations XVII, XVIII et XX ont été citées par Merger. Les observations XIX et XXI n'ont pas fait l'objet de son travail.

Nos résumés présentent parfois des lacunes sur des points importants; elles sont imputables aux observations ou aux résumés d'observations trouvés dans les ouvrages dont nous donnons les références dans la bibliographie.

L'observation de Charrier et Rivière, qui sert de base à ce travail, a déjà été publiée; nous la rapportons complète, suivie d'un compte rendu anatomo-pathologique (Dubreuil).

Observation I.

(Pick-Landeau, 1897.)

I-pare de 22 ans. Au quatrième mois de sa grossesse, hémorragie. A l'examen : utérus gros et mou; au milieu de la paroi vaginale antérieure, non loin de l'urètre, tumeur saillante polypeuse grosse comme une noix, analogue à un hématome sous-muqueux ou à un nodule variqueux, avec nécrose limitée de la muqueuse à son niveau.

Excision de la tumeur vaginale le 22 mai 1894.

Le 25 mai, expulsion du môle vésiculaire.

Guérison parfaite. Le 19 novembre 1897, accouchement normal; un an plus tard, nouvel accouchement.

Examen A.-P. — Nodule vaginal formé d'une douzaine de villosités avec endochorion hyalin mal nourri, l'exochorion a disparu; quelques vésicules présentent des bourgeonnements syncytiaux; masses syncytiales libres et perdues dans la fibrine et les caillots.

Observation II.

(Schmorl, 1897.)

VI-pare de 38 ans. Dix-huit semaines après l'accouchement, hémorragies répétées déterminées par un néoplasme de la paroi vaginale; la tumeur est excisée, mais récidive bientôt sur place.

Mort dans la cachexie six mois après l'accouchement.

A l'autopsie : tumeurs secondaires dans le foie, les reins, l'intestin. Utérus et annexes (trompes, ovaires) indemnes.

La tumeur vaginale et les métastases présentent la structure typique du chorio-épithéliome.

Observation III.

(Schlagenhaufer, 1899.)

V-pare de 38 ans; métrorragies depuis un avortement incomplet survenu trois mois auparavant (juillet 1890).

Après lavage utérin, élimination de débris ovulaires les 1^er^ et 3 novembre; diminution du volume utérin (de 9 cm. à l'entrée à 7 cm. 5); la femme quitte l'hôpital le 20 novembre.

Bonne santé jusqu'au début de mai 1897; apparition à ce moment d'hémorragies vaginales.

A l'examen : tumeur à la commissure vaginale postérieure : on porte le diagnostic de varice du vagin et on l'extirpe. La malade

sort le 9 juin. Depuis, elle est bien portante (février 1899), c'est-à-dire depuis un an et neuf mois.

Examen A.-P. — Tumeur grosse comme une noix, de couleur noir rougeâtre, paraissant à la coupe n'être formée que de sang et se trouver dans une cavité veineuse très distendue.

L'examen microscopique montre les éléments langhansiens et syncytiaux.

Observation IV.

(Schmit, 1900.)

IX-pare de 36 ans. Entre à la clinique pour une tumeur qu'elle a remarquée sur la paroi antérieure et latérale du vagin. Pas de douleurs, mais gêne à la miction : tantôt rétention absolue, tantôt sensation « que l'urètre était fermé par un bouchon ».

Malade bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Cinq accouchements normaux. Quatre avortements, dont le dernier môlaire (novembre 1899). Expulsion de la môle spontanée suivie d'hémorragies assez abondantes et presque continues pendant deux mois.

Au début de mars, apparition de la tumeur vaginale et entrée à la clinique.

A l'examen : état général satisfaisant.

Sur la paroi antérieure du vagin, juste contre l'urètre, tumeur du volume d'un œuf, de coloration rouge bleu foncé, transparente, lisse, de consistance modérément ferme, mobile, indolore. Au-dessus de sa grande convexité, paroi amincie et creusée d'une ulcération, de la dimension d'une lentille, au fond de laquelle on voit des caillots brun foncé. Sur la paroi postérieure, tumeur semblable simulant un thrombus, du volume d'une noisette, recouverte d'une muqueuse intacte.

Utérus remarquablement petit, de consistance normale, très mobile. Annexes indemnes, sauf une légère poussée de périmétrite. Au curetage, pas d'éléments douteux, mais tableau d'endométrite déciduale.

Le 10 mars, ablation des deux tumeurs, partout nettement limitées; opération simple.

Un an après l'opération, malade en bonne santé, menstruation régulière.

Examen A.-P. — A la coupe, tumeur se présentant comme un thrombus, avec au centre masses gris blanchâtre. L'examen microscopique montre les éléments syncytiaux et les cellules de Langhans.

Dans quelques coupes, touffes choriales avasculaires et ratatinées présentant par places une double couche cellulaire, dont l'externe (syncytium) prolifère parfois en forme de massue.

Observation V.

(Lindfors, 1901.)

II-pare de 21 ans. Accouchement spontané un peu précoce au début de juillet 1900. Au début d'août, tumeur du volume d'une cerise, ferme, sur la ligne médiane de la paroi antérieure du vagin; un mois après, elle atteint le volume d'une noix; surface bleu rouge, centre ulcéré. Extirpation de la tumeur.

Le curetage de l'utérus ne ramène rien. Diagnostic : chorio-épithéliome vaginal primitif.

Cinq mois après l'opération, état général excellent.

Le 1er avril 1901, rentrée à la clinique avec signes d'affection hépatique et de pleurésie gauche avec épanchement. Température subfébrile. Aggravation rapide et mort le 8 avril.

Autopsie. — Poumon gauche occupé par une vaste tumeur cavitaire. Métastases petites dans le poumon droit, la rate, le cerveau, le foie, les deux reins, et l'intestin grêle.

L'utérus et les autres organes génitaux sont dénués de toute formation néoplasique.

L'examen microscopique des métastases montre la structure typique du chorio-épithéliome.

Observation VI.

(Schmit, 1901.)

Chez une femme de 41 ans, avortement après une grossesse d'environ sept semaines. Un mois et demi après survient une hémorragie. L'examen montre, à la paroi antérieure du vagin, une masse du volume d'une noix, bleuâtre, ulcérée; de cette ulcération, de la dimension d'un liard, sort un caillot sanguin.

Ablation de la tumeur. L'utérus paraissant sain (cliniquement et par l'examen de la muqueuse curetée) est laissé en place. Huit mois plus tard la malade se porte bien.

Examen A.-P. — Tumeur formée de caillots, au centre desquels on trouve des touffes choriales vésiculaires d'où partent d'importantes proliférations de tissu néoplasique formé de syncytium et de cellules de Langhans.

Observation VII.

(Zigorjanski-Kissel, 1902.)

I-pare de 20 ans. Bonne santé antérieure. Pas d'affection pulmonaire dans les antécédents.

Dernières règles au milieu d'août 1900; fin octobre, métrorragie avec issue de débris; douleurs dans le ventre, d'abord à gauche, puis généralisées.

Le 5 novembre, curetage ne ramenant rien d'anormal. Plusieurs fois, frissons et hémoptysies.

Le 9 novembre, entrée à la clinique; état d'anémie profonde

Examen gynécologique. — Pas de métrorragies; utérus de volume normal fermé en antéflexion. Sur la paroi gauche du vagin, à sa partie inférieure, deux noyaux durs bleu rouge à l'aspect de varices : l'un gros comme un haricot, l'autre de volume double,

à surface régulière, tous deux recouverts de muqueuse lisse, mais ulcérée au point culminant, d'où font saillie des caillots durs.

Rien aux poumons ni aux autres organes.

Diagnostic : Chorio-épithéliome primitif du vagin.

Le 10 novembre, extirpation des tumeurs en tissu sain et curetage des plaies. Nouveau curetage de l'utérus ne ramenant rien d'anormal.

Rétablissement lent. Départ de la clinique le 25 novembre; persistance de quelques hémoptysies (aucun symptôme pulmonaire).

En juillet 1901, avortement au sixième mois.

En février 1902, grossesse de trois mois paraissant évoluer normalement.

Examen A.-P. — Tumeur formée de caillots au sein desquels on trouve quelques villosités choriales très bien conservées, avec revêtement double et des proliférations d'éléments langhansiens et syncytiaux.

Examen des crachats : négatif; ni cellules néoplasiques ni bacilles tuberculeux.

Observation VIII.

(Wehle, 1901.)

VII-pare de 46 ans. En quinze jours se développe sur la grande lèvre droite une tumeur qui atteint rapidement le volume d'une mandarine.

Après l'excision, qui paraît avoir été faite en tissu sain (d'après les préparations microscopiques), se développe en huit jours une récidive qui grandit extraordinairement vite et entraîne la mort en cinq semaines.

On n'a pas trouvé de tumeur primitive de l'utérus.

Diagnostic : Chorio-épithéliome typique.

Observation IX.

(Wehle, 1901.)

VI-pare de 36 ans. Dernier accouchement six mois auparavant. Depuis cinq semaines, pertes muco-sanguinolentes.

A la paroi postérieure du vagin, tumeur du volume d'une orange molle, saignant beaucoup au frottement.

Tumeur enlevée à la cuillère tranchante et au thermo-cautère; on remarque que tout le vagin est extraordinairement friable et fragile. Récidive dès le dixième jour, sous forme d'une large végétation envahissante.

De l'avis du médecin traitant, la mort est attendue à bref délai.

Dans ce cas, on n'a pas trouvé non plus de tumeur primitive de l'utérus.

Diagnostic : Chorio-épithéliome typique.

Observation X.

(Peters, 1902.)

II-pare, âgée de 30 ans. Grossesse normale huit ans auparavant. En mars 1901, expulsion d'une môle; huit jours plus tard, hémorragie pendant six semaines; depuis, pertes tous les quinze jours. En mai, une sage-femme constate déjà dans le vagin une tumeur grosse comme un œuf de pigeon.

Examen le 28 juillet 1901. Malade faible et assez anémiée. Au tiers inférieur de la paroi vaginale postérieure, tumeur du volume d'une grosse noix, présentant en son point culminant une ulcération d'où fait saillie un caillot. La tumeur apparaît bleuâtre par transparence; elle est de consistance plutôt pâteuse.

Utérus petit, de consistance et de situation normales. La muqueuse ramenée par curetage paraît normale. Annexes normales.

La tumeur vaginale est extirpée en tissu sain. La malade sort avec une plaie cicatrisée, mais granuleuse par endroits.

Malade revue le 20 octobre : aucun trouble subjectif; cicatrice normale, mais, à droite, nouvelle tumeur du volume d'un œuf de pigeon. La malade refuse de se la laisser enlever immédiatement et rentre chez elle.

Deux jours plus tard, perte subite de connaissance qui dure plusieurs heures, avec dyspnée, cyanose et paralysie du bras droit.

Un mois plus tard, aphasie, paralysie de l'avant-bras, perte de connaissance, mort le 13 novembre 1901.

L'autopsie ne put être pratiquée.

Examen A.-P. — La tumeur se présente comme un hématome; il n'y a pas autour de paroi vasculaire. Les éléments néoplasiques sont constitués par des masses syncytiales confluentes et en moindre partie par des cellules de Langhans; tissu environnant envahi; les vaisseaux mis en brèche renferment des éléments néoplasiques.

Observation XI.

(Hubl, 1902.)

VII-pare de 30 ans. Quatrième grossesse terminée par un avortement au troisième mois; à la sixième, môle; à la septième, enfant macéré de 2 kg. 200. Sept semaines après, hémorragie vaginale qui devient rapidement redoutable. La malade entre à l'hôpital quelques jours après.

Etat le 12 février 1902 : femme anémiée et cachectique. Au tiers inférieur et postérieur gauche de la paroi vaginale, tumeur du volume d'une noix, ulcérée; par l'ulcération, supérieure à 2 francs, apparaissent des caillots noirâtres; vers son milieu sort du sang frais. La tumeur, molle, semble mobile sur les plans sous-jacents.

Utérus et annexes normaux; la muqueuse obtenue par curetage est normale.

Diagnostic : Chorio-épithéliome primitif du vagin.

Tumeur enlevée le 14 février 1902.

A la coupe : masses néoplasiques englobées dans un caillot sanguin, s'étendant en beaucoup d'endroits jusqu'à la limite de la tumeur.

Vingt jours après l'opération, plusieurs récidives dans le vagin accompagnées d'hémorragies.

Trente jours après, le vagin tout entier est le siège de nombreuses tumeurs du volume d'une noix, d'une noisette, et plus petites. Apparition d'un point de côté à gauche. Le 15 mars, expectorations sanglantes, affaiblissement des bruits respiratoires à droite et en arrière.

Les 22 et 26 mars, abondantes hémorragies nécessitant des tamponnements.

Le 7 avril, le tamponnement ne suffit plus à arrêter l'hémorragie. Amaigrissement considérable.

Mort le 8 avril, deux mois et demi après les premiers symptômes.

Autopsie. — Nombreux nodules dans le poumon gauche, le foie, l'ovaire gauche. La vessie est aussi envahie par des masses néoplasiques.

Observation XII.

(Busse, 1902.)

VII-pare de 30 ans. Une môle dans les antécédents six ans auparavant; hémorragie six jours avant l'hospitalisation, alors que les règles ont cessé depuis longtemps. Le médecin appelé pense à un avortement, découvre une tumeur dans le vagin et décide l'hospitalisation.

Examen. — Tumeur grosse comme un œuf, bleu foncé, dans la paroi vaginale postérieure; la paroi vaginale antérieure, bleu foncé, présente de nombreuses varices; en un point, le sang coule; plus haut, paroi vaginale droite repoussée vers l'orifice par une masse grosse comme un œuf de cane.

Utérus antéfléchi, de volume normal; des deux côtés, on sent les annexes.

Le 10 août, forte hémorragie au niveau de la tumeur antérieure du vagin.

Le 11 août, dyspnée et signes d'œdème pulmonaire. Mort le 13 août.

Autopsie. — Dans le poumon gauche, nombreux noyaux du volume d'un pois.

L'examen histologique des foyers vaginaux et pulmonaires montrera la structure du chorio-épithéliome.

Observation XIII.

(Moltrecht, 1902.)

Soignant une femme qui venait d'avorter, il pratiqua un curetage des débris abortifs, qui, à l'examen microscopique, ne présentaient rien d'anormal.

Quatre mois après, nouvelles hémorragies. Il constata dans la paroi vaginale postérieure une tumeur du volume d'une petite pomme.

Il enleva la tumeur vaginale avec l'utérus, les annexes et la plus grande partie du vagin.

L'utérus était absolument indemne. La tumeur vaginale avait la structure d'un chorio-épithéliome typique.

Observation XIV.

(Burdzinski, 1903.)

VI-pare de 27 ans. Au cinquième mois de cette sixième grossesse, pertes sanguines pendant six jours. A l'examen, l'utérus atteint l'ombilic; pas de signes de présence fœtale. L'hémorragie provient d'une tumeur de la paroi antérieure du vagin, au-dessus de l'urètre.

Cette tumeur, molle, indolore, bleuâtre, se présente comme un paquet variqueux rompu.

Diagnostic porté. — Chorio-épithéliome du vagin et grossesse môlaire.

Dans les jours qui suivent, expulsion d'une môle de 900 grammes.

Six semaines après, règles qui durent quatre jours. Au bout de seize jours, les pertes de sang se renouvellent; on propose à la malade un curetage explorateur, et, dans le cas où l'on trouverait le chorio-épithéliome, l'hystérectomie.

L'examen microscopique de la tumeur offrait les caractères typiques du chorio-épithéliome.

Observation XV.

(Schmauch, 1903.)

IV-pare de 25 ans. Aucune affection spéciale antérieure. Les quatre accouchements ont été normaux (enfants vivants). Après le dernier (20 août 1901), une forte hémorragie conduit la malade à la clinique. Mais, le placenta étant trouvé normal et complet, on ne voit pas la nécessité d'intervenir.

Les suites de couches ne sont plus troublées pendant trois semaines. Alors, subitement, de nuit, commence une hémorragie abondante. Le médecin appelé trouve l'utérus en forte rétro-flexion, y voit la cause de l'hémorragie et le redresse.

Cette dernière continuant, le 17 septembre on lui reconnaît comme origine une déchirure de la paroi vaginale (varice rompue), que l'on suture. Trois jours plus tard, nouvelle hémorragie.

Un troisième médecin appelé enlève de la paroi vaginale un nodule, et l'hémorragie cesse pendant trois semaines. Elle reprend alors, et trois nouvelles interventions seront pratiquées sans succès jusqu'au 24 novembre.

Examen (le 24 novembre). — Femme extraordinairement pâle. Pouls à 110. Rien de particulier à l'examen de l'abdomen et des poumons; forte céphalée.

A droite, dans le vagin, juste à l'orifice et proche de l'urètre, se trouve une place blessée; la paroi vaginale est bleuâtre et saillante; entre les bords de la plaie sourd du sang brunâtre, fluide, d'une masse d'aspect analogue.

Diagnostic. Etat consécutif à l'excision d'un chorio-épithéliome vaginal; tamponnement et goutte à goutte rectal.

L'après-midi du même jour, nouvelle hémorragie artérielle : nouvelle intervention.

L'hémorragie continuant malgré le tamponnement, on se résout à tenter une opération radicale; mais, au cours de l'intervention, survient une forte hémorragie artérielle et on doit se borner à gratter la masse néoplasique à la curette et à cautériser la cavité.

Trois heures après l'opération, la malade tombe dans le collapsus et meurt peu après.

Autopsie. — Métastases dans les deux reins, les deux poumons, la rate, le cerveau et le cervelet. Thrombose de la veine spermatique droite; Tous les organes sont d'une extraordinaire pâleur. L'utérus un peu gros et les annexes sont normaux.

Observation XVI.

(Maute et Duplay, 1904.)

II-paré de 24 ans. Accouchement à terme trois ans auparavant. En septembre 1903, suppression des règles, accompagnée de nausées et de vomissements. Le 27 janvier, abondantes pertes de sang qui persistent, moins importantes, pendant une vingtaine de jours. Au bout de ce temps, expulsion d'un caillot du volume d'une orange non examiné. L'hémorragie cesse; une huitaine de jours après, se produit un écoulement jaunâtre, fétide, et la malade crache quelques filets de sang. En même temps, douleurs du bas-ventre, coït douloureux; à la défécation, sensation d'une tumeur qui voudrait sortir par la vulve.

Examen. — Malade amaigrie, essoufflée; d'une pâleur de cire.

L'inspection génitale montre une tumeur du volume d'un œuf de poule qui fait saillie hors de l'orifice vulvaire. Implantée sur la paroi antérieure du vagin, sa coloration est bleu rouge sombre; ulcérée sur sa face postérieure, de l'ulcération coule une sanie fétide. De consistance molle, elle saigne très facilement. L'utérus est gros, mais absolument libre.

Le 1er mars, ablation de la tumeur, facilement réalisée au niveau de l'urètre, mais nécessitant au niveau de la vessie la résection de la cloison vésico-vaginale sur environ 6 centimètres de longueur.

Suites opératoires fébriles pendant quelques jours, accompagnées de quelques pertes sanguines et de l'expulsion de débris choriaux normaux (examen histologique).

La cicatrisation est rapide. Au bout de quinze jours, ventre souple, utérus de volume normal, mobile. Les règles réapparaissent au début d'avril; huit mois après l'opération, état général excellent.

Examen A.-P. — Chorio-épithéliome typique; présence de villosités.

Observation XVII.

(Marie, 1904.)

Tumeur du vagin opérée en raison des hémorragies abondantes qu'elle avait provoquées.

La paroi vaginale était infiltrée de nombreux noyaux du volume d'une tête d'épingle à celui d'une petite noix.

Le plus grand nombre d'entre eux est sous-muqueux. Quelques-uns sont ulcérés et communiquent avec la cavité vaginale.

A la coupe, tous présentent le même aspect : celui d'un foyer hémorragique arrondi donnant l'impression d'un caillot sanguin presque pur.

En un point, mais en un seul, j'ai rencontré des éléments pathognomoniques : cellules de Langhans et plasmodium syncytial. Ces éléments se trouvent dans l'hémorragie même et séparés par du sang épanché des tissus du vagin. Les cellules de Langhans se

montrent sous forme de placards irréguliers; les noyaux sont très vivement colorés; ils sont arrondis. Le protoplasme est distinct pour chaque cellule. La limite des cellules est assez nette et donne l'aspect d'une mosaïque.

Les masses du syncytium sont encore plus caractéristiques. Tantôt elles sont distinctes de celles de Langhans et disséminées au milieu du sang épanché tantôt elles sont en rapport direct avec elles et viennent s'insérer sur elles. Ce syncytium est très abondant; il est formé d'un protoplasme grenu très bien coloré par l'éosine. En certains point, la masse est filamenteuse et comme étirée. Elle limite alors de nombreuses cavités ou vacuoles arrondies ou ovalaires, remplies soit de sang, soit de liquide coagulé en fines granulations.

Les noyaux sont toujours accumulés en certaines régions, en général assez distantes des régions vacuolisées. Ces noyaux sont relativement petits, plus petits que ceux des cellules de Langhans; ils sont légèrement ovalaires et vivement teintés par l'éosine.

En dehors de ces grosses masses plasmodiales, on en trouve de plus petites disséminées çà et là. Un grand nombre n'ont qu'un à deux noyaux et donnent l'impression d'éléments cellulaires polyédriques. En général, ces éléments, qui sont dissociés, sont plus ou moins mortifiés.

Dans cette même coupe, en examinant les régions imédiatement en dehors de l'hémorragie, on retrouve les éléments néoplasiques. Ils sont disséminés çà et là, sans ordre, entre les faisceaux ou fibres musculaires, et donnent l'impression d'éléments en migration. En un point, on les voit s'insinuer entre les différents éléments de la paroi d'une artériole et arriver ainsi jusqu'auprès de la cavité vasculaire. La paroi est plus que doublée d'épaisseur et tous les éléments en sont dissociés. C'est incontestablement là le procédé d'ulcération des vaisseaux qui préside aux énormes hémorragies qui sont caractéristiques de ces tumeurs.

Observation XVIII.

(Hicks, 1909.)

Il s'agit d'un cas de chorio-épithéliome primitif du vagin chez une femme de 28 ans. Un mois après une môle, on découvrit accidentellement une double tumeur vaginale. Il n'y avait pas apparence de tumeur primitive utérine, mais l'utérus, mou et globuleux, donnait l'impression d'une involution contrariée.

Les coupes montrèrent la structure du chorio-épithéliome.

Après l'opération, la malade resta sept mois sans récidive.

Une deuxième tumeur apparut alors, qui fut excisée sans délai. Elle fut bientôt suivie de deux nouveaux foyers, qui furent à leur tour enlevés. Deux mois plus tard, la paroi antérieure du vagin fut rapidement envahie par une formation extensive et on dut admettre qu'une nouvelle opération serait sans espoir.

Jusqu'à ce moment l'état général de la malade avait été satisfaisant; il commença à décliner rapidement; la tumeur devint hémorragique en plusieurs points; la température s'éleva et des signes d'atteinte pulmonaire se manifestèrent.

La malade mourut en mai 1907, onze mois après l'épisode môlaire. L'autopsie confirma l'atteinte du poumon droit.

Observation XIX.

(Gingliner, 1928.)

Femme âgée de 26 ans. Rien à signaler dans les antécédents personnels et héréditaires.

Passé obstétrical. — A 22 ans, accouchement normal à terme; à 23 ans, avortement d'une môle de trois mois; à 25 ans, accouchement normal à terme, avec enfant bien portant et suites de couches normales. Des hémorragies se déclarent le 13 août, un an après ce dernier accouchement. Pendant toute cette période, les règles ont été normales.

D'emblée, les hémorragies sont importantes; un médecin, appelé,

constate que l'utérus est de volume normal; il fait un tamponnement cervico-vaginal. Le soir, l'hémorragie continuant malgré le tamponnement, il fait hospitaliser la malade.

Examen. — Utérus de volume normal, ne saignant pas; l'hémorragie provient d'une lésion ecchymotique para-urétrale droite, que l'on croit traumatique. Les parties infiltrées de sang sont excisées; la plaie, suturée, guérie par première intention.

L'examen des tissus excisés montre qu'il s'agissait d'un chorio-épithéliome. Une réaction d'Ascheim et Zondeck est alors faite, elle est négative.

Une radiographie pulmonaire ne révèle aucun métastase visible.

L'examen gynécologique permet de constater un utérus de taille normale, sans infiltration para-utérine, sans tuméfaction des ovaires. Le curetage explorateur décèle une cavité de 8 centimètres. Il procure une muqueuse abondante, exempte, à l'examen microscopique, de lésions chorio-épithéliomateuses.

L'auteur admet qu'il s'agit d'un chorio-épithéliome primitif ectopique.

La malade se présente à la consultation au début du mois d'octobre. L'état général et local est parfait. Il lui est recommandé de repasser un mois plus tard pour refaire une réaction d'Aschheim et Zondeck.

Mais déjà, trois jours après cet examen de contrôle, la patiente fait une hémoptysie, que le médecin met en rapport avec un processus bacillaire. Dix jours après apparaissent deux tuméfactions au niveau du cuir chevelu, qu'il prend pour des loupes. Vingt jours après se déclarent des hémorragies intestinales abondantes pour lesquelles il ordonne le transfert à la clinique B.

Observation XX.

(Czysak, 1929.)

On a constaté chez une femme de 20 ans, un mois après un avortement de six mois, une tumeur conique d'une dimension d'un œuf de poule.

La tumeur sous-muqueuse était dure, à surface unie. Réséquée, elle présentait une surface hémorragique, de l'aspect d'un caillot de sang traversé de quelques fascicules de tissu grisâtre.

De nombreux examens histologiques de toute une série d'images microscopiques et l'anamnèse ont fait porter un diagnostic de chorio-épithéliome atypique ectopique.

On est parvenu, au moyen d'un traitement chirurgical et radiologique, à guérir la malade, quoiqu'on n'ait extirpé que la tumeur en laissant la matrice, traitée ensuite aux rayons X et au radium.

Trois ans après l'opération, la malade se porte bien; elle a accouché à terme d'un enfant vivant et, depuis, a avorté une fois vers le troisième mois.

Observation XXI.

(Spitzer, 1935.)

Chez une nullipare de 26 ans, il a été constaté, à la suite d'une môle, un nodule de chorio-épithéliome du vagin avec manifestations cliniques très sévères, dont la guérison fut obtenue par le traitement immédiat au radium et aux rayons X. Il a été constaté que, sous l'influence du traitement, les réactions biologiques II et III ont complètement disparu. La réaction I persiste comme conséquence de la castration par les rayons de Rœntgen et de l'irradiation à distance.

La titration des prolans avait donné des chiffres assez faibles; la raison de ce fait semble être que le tissu chorial présentait des troubles nets de destruction.

Observation XXII.

(Charrier et Rivière, 1945.)

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans qui entre dans le service de clinique obstétricale le 17 octobre 1943 pour y expulser une môle totale de 810 grammes. Ses dernières règles dataient du 1er au 8 juillet, et l'évolution de ces trois mois de grossesse môlaire a été

marquée par des symptômes toxiques importants : oligurie, albuminurie, céphalées, œdèmes, sans hypertension (Mx, 14; Mn, 6); azotémie, 0,40; anémie marquée.

Aussitôt après l'expulsion de la môle, une révision utérine est pratiquée; elle ne ramène que quelques vésicules; la paroi utérine ne donne attache à aucun débris suspect. On ne perçoit pas de kyste latéro-utérin.

Les suites immédiates sont favorables; les symptômes toxiques disparaissent rapidement; l'anémie se répare, le fonctionnement rénal devient normal. Le 25 octobre, la P.S.P. est de 66 p. 100.

Par un oubli regrettable, la môle expulsée n'a pas été examinée histologiquement. De plus, pour des raisons indépendantes de notre volonté, le dosage des prolans n'a pas été pratiqué au moment de l'expulsion de l'œuf ni dans les jours suivants.

L'état général est pleinement satisfaisant, mais, localement, on note, à gauche d'un utérus qui paraît faire son involution, une masse résistante, un peu douloureuse, qui est interprétée comme un kyste lutéinique, gros comme un poing. A droite, on croit deviner une autre masse annexielle beaucoup moins volumineuse.

10 novembre : Le toucher révèle pour la première fois la présence d'une tumeur vaginale para-urétrale droite, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen. Cette tumeur, indolente, mobile sur les plans profonds, est grosse comme une petite cerise; à son niveau, la muqueuse, encore libre, est bleutée; l'utérus, un peu gros, est mobile; il ne saigne pas depuis plusieurs jours.

Une réaction biologique qualitative faite à cette date est fortement positive.

Craignant le développement d'un chorio-épithéliome utérin dont la tumeur vaginale ne serait qu'une métastase, nous procédons, le 13 novembre, à une hystérographie. L'utérus, absolument asystolique, se laisse distendre par l'huile iodée sans aucune résistance. Ses contours ne commencent à s'accuser qu'au-delà de 50 cm^3. A 65 cm^3, l'injection est arrêtée, non parce que la capacité limite de l'organe est atteinte, mais parce qu'il n'y a pas de raison de ne pas injecter des quantités illimitées de substance opaque.

Les clichés montrent une énorme cavité bicorne à parois lisses,

sans aucune image lacunaire ou en saillie. Malgré la quantité de liquide introduite, les trompes ne sont pas injectées; il n'y a pas de reflux cervical.

Le 16 novembre, la tumeur vaginale a considérablement grossi; elle atteint le volume d'une petite orange, elle n'adhère pas encore à la couche superficielle de la muqueuse.

Le taux des prolans est compris entre 10.000 et 15.000 unités Brindeau.

Le même jour (1), exérèse de la tumeur vaginale, en partie au bistouri électrique, en partie aux ciseaux et au doigt. Son énucléation provoque une hémorragie importante. En raison de sa friabilité extrême, on a la certitude de ne pas avoir enlevé la totalité de la masse para-urétrale.

Suites normales; cicatrisation par première intention de la plaie opératoire.

L'examen histologique (Prof. Dubreuil), montre qu'il s'agit d'un chorio-épithéliome typique. En certains points de la coupe, on voit, au milieu d'hémorragies profuses, des villosités choriales avasculaires, réduites à leur charpente conjonctive lâche; leur revêtement ectodermique a disparu. En d'autres points, les villosités ont tous les caractères des villosités môlaires vivantes; l'épithélium est proliférant en massues; certaines masses plasmodiales sont exubérantes, mais on ne note à ce niveau aucune monstruosité nucléaire.

Mais, à distance des villosités, on voit des colonnes de cellules ectodermiques s'insinuer dans la sous-muqueuse et pénétrer jusqu'au voisinage de l'épithélium vaginal, qui n'est cependant pas encore atteint. Ces cellules, dont certaines sont embolisées en amas dans les vaisseaux, présentent d'énormes noyaux hypercolorés, dont certains en division directe. Topographiquement et cytologiquement, ces cellules signent la malignité histologique de la tumeur.

Dans les suites opératoires, le taux du prolan dans le sang s'abaisse très rapidement : le 29 novembre, il est compris entre

(1) Docteurs Charrier, Bouet.

4.000 et 5.000 unités; le 11 décembre, il atteint à peine 150 unités, mais il se relève ensuite pour atteindre de 500 à 1.000 unités le 21 décembre.

La malade est alors renvoyée au Centre du cancer pour y subir un traitement curiethérapique vaginal.

Ce traitement, dans la crainte de provoquer la castration chez une enfant de 15 ans, ne comporte que 16 millicuries détruites; il est bien supporté.

Le 13 janvier, le taux du prolan s'élève entre 2.000 et 4.000 unités.

Le 17 apparaît une perte de sang qui n'a pas les caractères de règles normales.

Devant cette élévation du prolan et l'apparition de cette hémorragie, nous craignons le développement d'un chorio-épithéliome intra-utérin et nous nous décidons, avec beaucoup de regrets, à une hystérectomie de sécurité.

Une nouvelle hystérographie pratiquée le 20 décembre nous avait montré cependant une cavité utérine de forme et de dimensions normales, sans aucun relief suspect; l'utérus asystolique du 13 novembre a repris sa tonicité normale, les trompes sont largement perméables et le lipiodol passe aisément dans le péritoine.

L'idée nous avait, d'autre part, effleurés un instant qu'une métastase pulmonaire pouvait expliquer la courbe ascendante du prolan, et l'examen d'un cliché thoracique pratiqué le 16 novembre montrait une petite ombre circulaire, des dimensions d'une pièce de un franc, se projetant sur la 2e côte gauche, qui pouvait être interprétée comme une métastase.

Mais une deuxième radio, datant du 1er décembre, montrait la même ombre sans aucune augmentation de volume ou d'opacité, et, d'accord avec le Docteur Caillon, nous avions renoncé à cette interprétation.

Considérant, d'autre part, que l'exérèse, puis l'irradiation de la tumeur vaginale rendaient improbable son intervention dans l'ascension du prolan, nous en étions conduits à incriminer l'utérus lui-même et à le considérer comme pouvant être porteur d'un chorio-épithéliome intramural non décelé par l'hystérographie.

Le 19 janvier 1944, laparotomie médiane (Prof. Charrier, Dax). Il y a un peu d'ascite non sanglante; l'utérus, mou, est de dimensions normales; il n'y a plus trace de kyste lutéinique.

En avant et à droite de l'utérus, on voit et on sent une masse dure, complètement fixée à la paroi, qui se continue vers le vagin, siège primitif de la tumeur. S'agit-il d'une masse inflammatoire consécutive à la curiethérapie ou d'une extension de la tumeur ? Il est, en tout cas, impossible d'en faire l'exérèse.

Suites opératoires excellentes; la malade sort, guérie, vingt jours après.

Très régulièrement suivie depuis lors, elle n'a présenté, depuis huit mois, aucun signe de récidive ni de métastase; la coulée dure adhérente aux parois pelviennes a complètement fondu; la courbe du prolan est restée constamment au-dessous de 500 unités; l'état général demeure excellent et la malade ne présente jusqu'ici aucun trouble imputable à la castration qu'elle a subie à l'âge de 15 ans. Enfin, l'ombre pulmonaire trouvée lors de deux examens radiologiques antérieurs a disparu.

Examen anatomo-pathologique de l'utérus (Prof. Dubreuil). — « Muqueuse du corps utérin peu épaisse, moins de 1 millimètre. Surface échancrée par de larges infundibula. Glandes peu nombreuses, étroites, à lumière fine, épithélium cubique haut, mais dans la profondeur épithélium atypique, à grosses cellules cubiques et à noyaux hypertrophiques (zones de dégénérescence probable, aspect peu commun); cinèses très rares ou même douteuses, chorion dense ».

De multiples coupes totales de l'utérus, pratiquées selon divers méridiens, n'ont permis nulle part de découvrir, macroscopiquement, l'existence d'un chorio-épithéliome intramural.

Malade revue au début de décembre 1944 sans aucune trace de récidive et en janvier 1947.

Compte rendu anatomo-pathologique (Prof. Dubreuil.)

1. Tumeur vaginale. — La pièce comporte une masse fibrino-hémorragique de 1 × 2 cm. environ. La majeure partie de la coupe

est formée par cette masse à peu près acellulaire, traversée par des membranes conjonctives organisées, mais acellulaires, parfois réduplipliquées ou plissées, minces ou épaisses. Une de ces membranes porte à sa surface un revêtement cellulaire discret et dispersé, du type trophoblastique. On y trouve encore des vestiges de villosités nues avasculaires et acellulaires, à stroma assez dense, et de rares petits îlots trophoblastiques à cellules très anormales.

La partie intéressante de la coupe est constituée par quelques grosses masses conjonctives qui ont l'aspect de grosses villosités placentaires à stroma fibrillaire conjonctif dense ou œdématié, très pauvre en cellules fixes. En surface, il existe un revêtement trophoblastique assez anormal, tantôt mince, tantôt épais, à noyaux stratifiés irrégulièrement. En certains points, ce revêtement prend l'aspect d'un bourgeon exubérant implanté sur un chorion conjonctif très nettement limité.

Le revêtement est tantôt cellulaire, tantôt plasmodial. Les cellules sont peu volumineuses, à cytoplasma clair, à noyau sphéroïdal vésiculeux avec un ou deux nucléoles chromatiniens; les limites cellulaires sont très précises; il existe quelques cinèses (plaques équatoriales et double couronne polaire). Dans certaines zones, les cellules sont petites, le cytoplasma est sombre et homogène, les noyaux ont une chromatine plus condensée. Les cellules de surface sont souvent moins nettes, à limites indistinctes, et on a l'impression d'un plasmode; d'ailleurs, certaines plages ou certains bourgeons sont nettement multinucléés. On a en somme le type de cellulitrophoblaste et de plasmoditrophoblaste, comme dans un placenta jeune, mais avec une disposition anarchique. En outre, des éléments de surface groupés ou isolés ont une masse cytoplasmique sombre et sont pourvus de noyaux anormalement volumineux.

Enfin, certaines plages isolées dans le coagulum fibrineux sont formées d'éléments volumineux et atypiques : cytoplasma sombre ou criblé de fines vacuoles à noyaux énormes, arrondis, ovoïdes ou de forme irrégulière, qui semblent bien des reliquats de l'évolution du trophoblaste en hypertrophie et parfois en histolyse plus

ou moins avancée; ce sont des zones très caractéristiques, quoique disséminées et discrètes du chorio-épithéliome.

En résumé, images très hétérogènes, avec figures de villosités placentaires avasculaires volumineuses, dont le revêtement est anormal ou a disparu, débris disséminés de trophoblaste avec figures de cellules monstrueuses. L'ensemble entraîne le diagnostic de chorio-épithéliome. La présence de cinèses indique qu'il existe des zones en activité, tandis que des masses en histolyse montrent qu'il y a des dégénérescences assez étendues qui ont dénudé certaines villosités.

2. Ovaire. — Ovaire pas très volumineux, assez congestionné, avec quelques petits sillons de surface et de petites zones de suffusion sanguine.

Le stroma cortical est normal et contient, à quelque distance de la superficie, une quantité considérable de follicules primordiaux, avec très peu de follicules primaires; il semble y avoir un arrêt de l'évolution normale des follicules très jeunes.

La zone parenchymateuse médullaire est très vasculaire, à petits vaisseaux hélicins ou en lobules, contenant encore du sang. Un gros capillaire veineux ectasié pénètre même dans le stroma cortical, très près de la surface. On note dans cette zone des plages un peu œdématiées, ce qui n'a rien d'extraordinaire étant donné le nombre des organites involutifs dans le voisinage.

La zone du hile est normale. Petit nodule d'exsudat organisé dans un sillon de surface.

Les caractères majeurs de cet ovaire sont la présence d'une quantité de nodules d'allure progestative et de follicules cavitaires moyens involutifs avec des thèques internes hypertrophiées.

Les nodules progestatifs ou gestatifs. — Sur une coupe intéressant le grand axe de l'organe, on compte une dizaine d'îlots, à contours polycycliques, ayant l'aspect de petits corps progestatifs plus ou moins involués. Les uns sont arrondis, à parois incomplètes, les autres sont allongés en forme de lame, d'autres sont faits d'îlots isolés. Les uns paraissent pleins, les autres sont centrés ou parcourus par une petite masse ou lamelle de tissu

conjonctif. Ces aspects sont dus en partie à ce que la coupe a intéressé ces organites suivant les incidences variées ou à ce qu'ils ont subi des remaniements (un corps en lame est déprimé et aplati par un sillon de surface). La constitution est simple; il s'agit évidemment de cellules folliculeuses ayant subi la métaplasie progestative, mais les cellules sont peu volumineuses : les unes ont le double du diamètre d'une cellule folliculeuse et constituent une masse à cellules semblables; les autres sont plus grosses et constituent la majeure partie de ces corps. Il s'agit donc de follicules cavitaires moyens qui se sont transformés, *in situ*, en corps progestatifs et qui accompagnent habituellement la grossesse môlaire. L'imprégnation hémoglobinique de la pièce rend les colorations difficiles, mais il ne peut y avoir de doute sur la métaplasie. De plus, le caractère organisé de la masse cellulaire et du centre ou des axes conjonctifs permettent d'assurer qu'il s'agit de formations anciennes, datant par conséquent de la période de gravidité; l'état des cellules d'une part, l'absence d'écorce thécale autour de ces formations d'autre part, plaident dans le même sens. De sorte qu'on peut affirmer qu'à une période, déjà ancienne de plusieurs semaines, des follicules cavitaires petits ou moyens ont subi une influence morphogène qui a entraîné la transformation totale en corps progestatif ou gestatifs.

Les follicules à thèque hypertrophiée. — Il s'agit de follicules de 0,5 à 2 mm. de diamètre, qui sont nettement involutifs; les uns ont perdu toute leur granulosa, les autres conservent des parties de granulosa ou un revêtement dont l'assise externe est encore nette, mais dont les cellules internes sont dégénérées sur place en laissant un magma protéique dans lequel on ne trouve parfois pas de noyau. Le liquide folliculaire se coagule avec des aspects peu normaux, la vitrée est généralement épaissie. En dehors de cette vitrée, on trouve une couche épaisse de glande thécale, bien constituée, à cellules épithélioïdes claires, à noyaux vésiculeux, parcourue par des vaisseaux du type sinusoïde, dont quelques-uns sont un peu ectasiés, au point qu'on les reconnaît à faible grossissement. Dans quelques cas, on trouve un nodule plein de la glande thécale (coupe tangentielle) ou un nodule centré

par une petite masse conjonctive (type de l'adénome thécal de fin de grossesse). Toutes ces glandes sont en attitude fonctionnelle, sauf deux, dont les cellules dissociées sont un indice d'involution. On peut en conclure que cet ovaire ne manque pas de glande œstrogène.

Au total, l'organe présente les caractères de fin de grossesse (hyperplasie thécale) et ceux de la grossesse môlaire (multiplicité des métaplasies progestatives-gestatives des follicules) trois mois après la fin de la grossesse môlaire, deux mois et demi après l'existence clinique de kystes lutéiniques, deux mois après l'excision du chorio-épithéliome vaginal.

3. Utérus (après hystérectomie). — La cavité utérine est très petite, aplatie; elle ne mesure que 6 mm. de large; sa surface est très irrégulière, comme frangée finement; elle a un aspect général infantile.

La muqueuse est épaisse, de 0,8 à 0,3 mm., plus mince aux angles que sur les surfaces planes, avec quelques fusées un peu plus profondes du côté du myomètre. La surface est irrégulière du fait de l'existence de larges fentes triangulaires de la cavité, qui pénètrent jusqu'à mi-épaisseur.

L'épithélium de surface est cubique, à cellules quelque peu irrégulières, sans cils, à noyaux ovoïdes, pas très foncés, avec de nombreuses cellules migratrices mononucléées.

Les glandes sont droites, étroites, à lumière très réduite, bordées par un épithélium tout à fait atypique. Tantôt il s'agit d'un épithélium prismatique, à cellules hautes, à noyaux ellipsoïdes allongés, mais pas très colorés, tantôt on trouve un épithélium cubique à cellules larges, volumineuses, dont les noyaux sont sphériques, de forte taille, avec de grosses croûtelles chromatiniennes. Des types cellulaires divers se trouvent côté à côte dans la même glande. Il n'est pas rare de trouver des cellules migratrices dans cet épithélium atypique dépourvu de cinèses. Les pôles apicaux des cellules sont nets, sans cils, le cytoplasma homogène, bien colorable. La lumière contient parfois des cellules migratrices ou un fin coagulum protéique.

Il n'existe aucune zone fonctionnelle ou résiduelle distincte. Ce stroma est plutôt dense, mais les cellules sont séparées par une trame collagène anormalement abondante.

Le myomètre est également du type infantile, avec de petits paquets de fibres lisses, semi-développées, enveloppées dans une gangue conjonctive notable, qui ne représente pas une sclérose. Les vaisseaux sont peu volumineux; quelques artérioles ont une paroi sclérosée, des veinules sont obstruées par un amas de grosses cellules vacuolaires.

En résumé, état involutif très accentué de l'utérus, avec muqueuse simplifiée, avec un myomètre à peine musculaire. On croirait que tous les éléments se sont partiellement dédifférenciés pour reprendre un type prépubère.

Commentaires des examens.

La môle est expulsée le 13 octobre. Un nodule de chorio-épithéliome vaginal est excisé le 10 novembre. L'apparition de pertes sanguines et les examens biologiques conduisent à l'hystérectomie le 18 janvier.

L'ovaire présente des nodules progestatifs nombreux et involutifs, sans kystes, et une glande œstrogène exubérante. Les corps progestatifs résultent de l'évolution habituelle de tous les follicules cavitaires par métaplasie progestative de la granulosa, cas habituel dans la grossesse môlaire. L'hyperplasie progestative est normale vers la fin de la grossesse. Il est à présumer que : 1° l'ovaire a reçu des incitations morphogènes, probablement d'origine trophoblastique, qui ont déterminé la métaplasie de nombreuses granulosa folliculaires; il faut supposer comme conséquence une hyperproduction probable de progestérone; 2° la présence de véritables adénomes thécaux (thèques hypertrophiées) suppose une production abondante d'hormone œstrogène.

L'existence d'un chorio-épithéliome justifie partiellement l'hyperplasie progestative, au moins jusqu'à son ablation, soit durant un mois. Par la suite, l'ovaire semble s'être comporté comme un

organe du type « fin de grossesse », c'est-à-dire que les follicules en développement sont tous involutifs et font une hyperplasie thécale.

Du côté du chorio-épithéliome, on doit noter qu'il n'existe qu'une faible quantité de tissu pathologique, la plus grande partie du revêtement des villosités a disparu; ce qui persiste est peu important. Malgré l'ablation de ce tissu pathologique, et peut-être parce qu'elle n'a pas été totale, l'ovaire conserve son aspect d'ovaire môlaire, et de fin de grossesse, pendant deux mois.

La muqueuse utérine est dans une phase de repos; elle a repris le type prépubère; ni cinèses de la phase proliférative, ni signes de la phase sécrétoire, mais épithélium glandulaire atypique. Il semble que les hormones ovariennes soient sans action sur cette muqueuse à ce moment, ou bien qu'elles se neutralisent, si tant est qu'elles existent en quantité normale ou correspondant à l'abondance des formations endocrines.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — *Tumeur vaginale et métastase.*

1° Le chorio-épithéliome est resté confiné au vagin dix fois (obs. I, III, IV, VI, XIII, XIV, XVI, XVII, XX, XXII).

Il a essaimé des métastases dans les autres cas. On sait qu'elles suivent la voie sanguine. C'est donc aux poumons que l'on a trouvé le plus souvent les foyers secondaires (obs. V, XI, XII, XV, XVIII, XIX, cliniquement).

Les autres organes atteints ont été : le foie (obs. II, V, XI, XV); les reins (obs. II, V, XV); le cerveau (obs. V, X cliniq., XV); la rate (obs. V, XV); les intestins (obs. II, V, XIX cliniq.); le péricarde, le diaphragme (obs. V); la vessie, les ovaires (obs. XI).

2° Caractères de la tumeur vaginale :

Situation. — 8 fois dans la paroi antérieure du vagin, non loin de l'urètre (obs. I, IV, V, VI, XIV, XV, XVI, XXII); 6 fois dans la paroi postérieure (obs. III, IX, X, XI, XII, XIII); 1 fois à gauche (obs. VII); 1 fois sur la grande lèvre droite (obs. VIII).

Nombre. — Variable; isolée souvent, on peut trouver deux, trois tumeurs ou davantage (obs. IV, VII, XII, XVII, XVIII).

Volume. — Il est comparé à une noisette, une noix, un œuf, une mandarine, une orange.

Croissance. — Le volume de la tumeur s'accroît rapide-

ment, en raison des hémorragies interstitielles sous-muqueuses que provoquent les éléments néoplasiques.

Mobilité. — En général conservée sur les plans sous-jacents.

La tumeur est recouverte au début par une « muqueuse normale et mobile sur elle. Lorsqu'elle augmente de volume, la muqueuse, distendue, devient adhérente et s'ulcère bientôt » (1).

Consistance et aspect. — La consistance est le plus souvent molle et pâteuse, « donnant la sensation de masses coagulées qui s'écrasent sous le doigt. Ces masses transparaissent à travers la muqueuse et lui donnent son aspect bleu rouge de varice thrombosée » (1).

3° La coupe à l'examen direct. — Elle rend compte des précédents caractères et montre que la tumeur passe par deux stades.

a) Le premier stade est un embolus. « Il semble que l'on sectionne un caillot sanguin. » (1) (voir obs. III, IV, VI, VII, XVII). Au centre apparaissent, gris blanchâtre, les éléments néoplasiques.

b) Passé ce premier stade de foyer intravasculaire, les tissus environnants sont envahis. On se trouve alors en présence d'un hématome diffus. La tumeur a perdu son caractère de limitation (obs. X, XI, XVIII).

4° Examen microscopique. — Il a montré 6 fois, avec les éléments pathognomoniques langhansiens et syncytiaux, des villosités avasculaires (obs. I, IV, VI, VII, XVI, XXII). Dans les autres cas, on n'a pas vu de villosités, mais seulement des plages syncytiales et les cellules dérivées de la couche de Langhans. On voudra bien se reporter, pour leur description, aux travaux de Briquel, Duplay, Merger, ainsi qu'aux deux comptes rendus histologiques de Marie (obs. XVII) et de Dubreuil (obs. XXII).

---

(1) Duplay.

Certains caractères microscopiques importants méritent, cependant, d'être rappelés.

a) Les éléments néoplasiques s'organisent en travées anastomotiques circonscrivant des lacunes où circule le sang; ces lacunes sont dépourvues d'endothélium vasculaire, disposition qui rappelle « les lacs sanguins que l'on rencontre au niveau de l'aire placentaire » (1).

b) De la périphérie de la tumeur, au stade d'envahissement partent, vers les tissus avoisinants, des traînées néoplasiques, continuées elles-mêmes par des plasmodes isolés « migrateurs ».

c) Les éléments chorio-épithéliaux ont un comportement caractéristique vis-à-vis des vaisseaux, les entourant de gaines, dissociant leurs parois, pénétrant dans la lumière vasculaire; Marie montre bien ce mécanisme : « En un point, on les voit s'insinuer entre les différents éléments de la paroi d'une artériole et arriver, ainsi, jusqu'à la cavité vasculaire. La paroi est plus que doublée d'épaisseur et tous les éléments en sont dissociés. C'est incontestablement là le procédé d'ulcération des vaisseaux qui préside aux énormes hémorragies qui sont caractéristiques de ces tumeurs. »

La notion des deux stades tumoraux est d'une grande importance pronostique. Radicale au stade de limitation, l'opération ne l'est plus lorsque les tissus voisins sont envahis. On verra, dans ce cas, se produire des récidives.

L'organisation de la tumeur, vis-à-vis du sang circulant (vaste système de lacunes), la mise en brèche des vaisseaux par ses éléments, expliquent la principale manifestation clinique de la maladie : l'hémorragie.

II. — *Ovaires.*

Ils sont signalés une fois très blancs, un peu gros, à surface lisse, dépourvus de corps jaune (obs. XV).

---

(1) Duplay.

Dans l'observation de Charrier et Rivière, les ovaires ont montré « des nodules progestatifs nombreux et involutifs et une glande thécale exubérante » (se reporter au compte rendu anatomo-pathologique de l'observation. XXII).

III. — *Utérus.*

Chez la malade de Schmit, la muqueuse obtenue par curetage offre le tableau de l'endométrite déciduale.

L'utérus de la malade de Charrier et Rivière montre une muqueuse à l'état de repos et présentant un aspect prépubère (voir obs. XXII).

ETIOLOGIE

I. — *Antécédents obstétricaux.*

Circonstances d'apparition. — Classiquement, le chorio-épithéliome survient après une môle dans 50 %, un avortement dans 30 %, un accouchement dans 20 % des cas.

En fait, on tend à considérer que la môle est beaucoup plus souvent à l'origine du chorio-épithéliome que ne le disent les classiques. En effet, nombre de placentas d'avortement ou d'accouchement ne sont pas examinés, et des altérations discrètes, limitées à quelques vésicules ou une môle microscopique, peuvent passer facilement inaperçues.

Qu'en est-il pour le chorio-épithéliome primitif du vagin ? Dans les observations retenues, il a succédé :

1° Sept fois à une môle macroscopique (obs. I, IV, X, XIV, XVIII, XXI, XXII). Dans trois observations, on trouve une môle dans les antécédents lointains, avec pour antécédents immédiats un avortement (obs. XII) ou un accouchement (obs. XI, XIV).

2° Sept fois à un avortement (obs. III, VI, VII, XII, XIII, XVI, XX), dont le plus souvent le produit n'a pas été déterminé.

3° Sept fois à un accouchement à terme (obs. I, V, VIII, IX, XI, XV, XIX). Un de ces accouchements a été prématuré (obs. V); un autre suivi d'hémorragies de la délivrance (obs. XV); une fois l'enfant est né macéré (obs. XI). Le placenta n'est signalé qu'une fois complet et normal macroscopiquement (obs. XV).

Parité. — La maladie est apparue indifféremment chez des primipares ou de grandes multipares :

I-pare obs. I, XXII;
II-pare (obs. V, X, XVI);
III-pare (obs. XIX);
IV-pare (obs. XV, XVIII);
V-pare (obs. III);
VI-pare (obs. II, IX, XIV);
VII-pare (obs. VIII, XI, XII);
VIII-pare (obs. IV).

Age. — Les malades ont de 15 à 46 ans. « Le chorio-épithéliome a, par rapport à l'âge, la répartition de la gestation elle-même. » (1).

II. — *Antécédents pathologiques.*

Nos observations n'en signalent pas qui soient dignes d'intérêt. Ils n'ont d'ailleurs pas, selon Merger, de rôle étiologique probant.

(1) Merger.

ETUDE CLINIQUE

I. — *Date de la découverte.*

Le chorio-épithéliome du vagin est diagnostiqué deux fois peu avant l'expulsion de la môle (obs. I et XIV).

Dans les autres cas, il est découvert à des dates variables après l'avortement môlaire, l'accouchement ou l'avortement :

— Quelques jours (obs. VII, XII, XV);
— 15 jours, 3 semaines (obs. VIII, XVI, XXII);
— 1 mois (obs. V et XX);
— 1 mois 1/2 (obs. VI);
— 2, 3 mois (obs. IV, X, XI);
— 4, 5, 6 mois (obs. II, IX, XIII);
— 10 mois (obs. III : mais issu de débris ovulaires : 4 mois après cet avortement incomplet);
— 1 an (obs. XIX).

L'apparition est donc en général, précoce; seule l'observation de Ginglinger (obs. XIX) semble faire exception.

II. — *Signes de début.*

La tumeur peut être découverte avant tout signe fonctionnel, grâce à l'examen systématique dans les suites de môle (obs. XXII).

Le plus souvent, cependant, l'attention est attirée par des hémorragies, souvent abondantes, parfois d'emblée redoutables (obs. IV, XI, XV, XVI, XIX).

Elles peuvent être accompagnées, rarement, d'autres signes : troubles de la miction, de la défécation, du coït, per-

ception de la tumeur par la malade (obs. IV, XVI); douleurs vagues, à gauche, puis dans tout l'abdomen; frissons et hémoptysies de la malade de Zigorjanski-Kissel.

III. — *Période d'état.*

1° L'hémorragie. — Retrouvée dans presque tous les cas, elle est un symptôme d'importance capitale. Ses caractères ont bien été décrits par Duplay : « Elle est produite par la rupture brusque de la paroi de l'hématome, favorisée souvent par le coït. Ou bien, le volume même de la tumeur gênant la nutrition de la muqueuse sus-jacente, détermine une ulcération des tissus, et l'hémorragie succède à la chute de l'escarre. »

« Le sang est souvent pur et présente les caractères du sang veineux, de couleur foncée; tantôt fluide, tantôt, au contraire, sous forme de caillots plus ou moins volumineux. »

Sa marche est capricieuse, récidivante : « Après avoir cessé spontanément, elle reprend avec une nouvelle abondance après quelques jours. » Elle est parfois incoercible : tamponnements, opérations successives, ne peuvent en venir à bout (obs. XI et XII).

Néanmoins, elle prend souvent fin après ablation de la tumeur (obs. I, III, IV, VI, VII, VIII, XIV, XVI, XIX).

2° Signes généraux. — L'hémorragie, par sa répétition, peut entraîner un état de faiblesse, d'amaigrissement et une anémie considérable. Ces manifestations sont signalées, avec ce caractère d'importance, par Zigorjanski-Kissel, Peters, Hübl, Schmauch (malade extraordinairement pâle; à l'autopsie ses organes seront trouvés vides de sang), Mauté et Duplay (pâleur de cire).

3° Signes physiques :

a) *La tumeur.* — Avec l'hémorragie, c'est le deuxième symptôme dominant. Découverte le plus souvent lors de la

recherche des causes de l'hémorragie, parfois remarquée par la malade elle-même (obs. IV et XVI), ou par le médecin : toucher systématiquement après la môle (obs. XXII).

Son siège a été :

8 fois la paroi antérieure du vagin, non loin de l'urètre (obs. I, IV, V, VI, XIV, XV, XVI, XXII);

6 fois la paroi postérieure (obs. III, IX, X, XI, XII, XIII);

1 fois on l'a trouvée à gauche dans le vagin (obs. VII), sur la grande lèvre droite (obs. VIII).

La tumeur est souvent unique, mais on peut aussi en trouver plusieurs : deux ou trois ou davantage (obs .IV, VII, XII, XVIII); parfois, toute la paroi vaginale est envahie (obs. XVII).

Son volume est variable; il a été comparé à une noisette, une noix, un œuf, une mandarine, une orange. Il peut croître très rapidement sous l'influence des hémorragies interstitielles sous-muqueuses provoquées par les éléments néoplasiques.

De coloration bleuâtre ou rouge bleu, par transparence à travers la muqueuse amincie, du sang ou des caillots qu'elle renferme, la tumeur est de consistance molle et pâteuse; parfois plus ferme (obs. IV, XX). Son aspect en impose souvent pour celui d'une varice.

Au début, elle est recouverte par une muqueuse saine et mobile; bientôt celle-ci se nécrose et l'hémorragie survient : « l'ulcération se produit, en général au centre de la tumeur, à la partie la plus saillante. Les bords sont amincis, arrondis, plus nets, et, par l'orifice qu'ils délimitent, on voit sortir une masse sanguine coagulée. La pression fait sourdre un peu de sang noir. Le fond de l'ulcération est constitué par du tissu gris rosé; d'autres fois les bords sont nets, taillés à pic. » (1).

La tumeur qui a été bien limitée devient envahissante

(1) Duplay.

(obs. X, XI, XVIII). L'intervention, trop tardive alors, sera suivie de récidive.

b) *L'utérus.* — Il est signalé normal de consistance et de volume, dans 11 observations.

Son volume est au-dessus de la normale pour Schlagenhaufer, Schmauch, Mauté et Duplay, Hicks, Ginglinger, Charrier et Rivière : en même temps cet utérus est ramolli.

c) *Les kystes lutéiniques.* — On sait la fréquence avec laquelle on les trouve coexistant avec une môle ou un chorio-épithéliome de l'utérus. Dans le plus grand nombre de nos observations, trop anciennes, il n'en est pas question. Ginglinger signale qu'il n'a pas trouvé, cliniquement, de tuméfaction des ovaires.

La malade de Charrier et Rivière a présenté ces kystes : « On note, à gauche d'un utérus, qui paraît faire son involution, une masse résistante, un peu douloureuse, qui est interprétée comme un kyste lutéinique, gros comme un poing; à droite, on croit deviner une masse annexielle beaucoup moins volumineuse. » Ceci se passe huit jours après l'expulsion de la môle, deux semaines avant la découverte du chorio-épithéliome. Lorsque, deux mois et demi plus tard, la laparotomie découvre les ovaires, « il n'y a plus de kystes lutéiniques »; on a vu précédemment les images particulières qu'ils présentaient à la coupe.

IV. — *Evolution.*

A. — Certains auteurs admettent la possibilité de guérisons spontanées; Zigorjanski-Kissel considère les hémoptysies de sa malade comme les témoins de métastases pulmonaires ayant régressé spontanément par la suite.

Pour Duplay, « l'évolution vers la mort est fatale lorsqu'on n'intervient pas, ou que l'opération est trop tardive ».

La mort est le fait des hémorragies répétées, entraînant le collapsus (obs. XI), la cachexie (obs. XV); ou des métasta-

ses (obs. II, V, X, XI, XII, XV, XVIII, XX). Les malades succombent alors après avoir présenté des symptômes variables, suivant leur siège. On sait qu'elles se font par voie sanguine; aussi observe-t-on souvent des signes pulmonaires (obs. V, XI, XII, XVIII, XIX), avec, parfois, de la fièvre (obs. V et XVIII). Les malades de Peters et Schmauch ont manifesté des signes d'atteinte cérébrale. Celle de Ginglinger a présenté des hémorragies intestinales.

La mort survient rapidement après le début du chorio-épithéliome :

1 mois 1/2 (Schmorl);
8 mois (Lindfors);
2 mois 1/2 (Hübl);
quelques semaines (Busse);
2 mois (Wehle);
4 mois (Peters);
2 mois 1/2 (Schmauch);
10 mois (Hicks).

L'exitus est à prévoir à bref délai dix jours après l'opération (Wehle, deuxième observation); un mois après le début de la maladie (Ginglinger).

B. — Les guérisons obtenues présentent des garanties de longue durée :

Pick-Landeau, 3 ans 1/2 (et 2 accouchements normaux);
Schmorl, 22 mois;
Schmit (I), 1 an;
Schmit (II), 8 mois;
Zigorjanski-Kissel, 15 mois;
Mauté et Duplay, 10 mois;
Czysak, 3 ans (et 1 accouchement et 1 avortement);
Charrier et Rivière, 4 ans.

DIAGNOSTIC

Il passe par différentes étapes : découverte de la tumeur vaginale; diagnostic positif de chorio-épithéliome; examen de l'utérus pour s'assurer qu'il s'agit bien d'un néoplasme primitif du vagin; recherche des métastases éventuelles.

I. — *Découverte de la tumeur.*

La tumeur est découverte soit par l'examen gynécologique systématique, soit grâce à la courbe des prolans ou parce qu'elle provoque des hémorragies, des troubles qui poussent la malade à se faire examiner.

II. — *Diagnostic positif de chorio-épithéliome.*

1° Caractères cliniques. — Les caractères cliniques de la tumeur : relation avec une gestation antérieure, coloration, consistance, situation (souvent dans la paroi antérieure, para-urétrale); sa croissance rapide, sa tendance à saigner, à récidiver lorsque l'exérèse a été incomplète, sont bien particuliers au chorio-épithéliome vaginal.

2° Méthode biologique. — La méthode biologique, dont les conditions d'application seront envisagées plus loin dans leur ensemble, permet de faire le diagnostic de chorio-épithéliome par la réascension de la courbe des prolans après la chute ayant suivi l'expulsion de la môle.

Les circonstances n'ont pas permis à Charrier et Rivière d'établir la courbe à ce stade, mais une réaction qualitative,

juste après la découverte de la tumeur, dix-sept jours après l'expulsion de la môle, s'est montrée fortement positive. Six jours après, alors que la tumeur est passée du volume d'une petite cerise à celui d'une petite orange, une nouvelle réaction, quantitative cette fois, montre un taux de prolans compris entre 10.000 et 15.000 U. L.

3° Les kystes ovariens. — Ils ont été constatés chez la malade de Charrier et Rivière entre l'avortement môlaire (16 octobre) et l'apparition de la tumeur (10 novembre); ils ont disparu le 19 janvier, lorsque la laparotomie découvre les ovaires.

Les kystes de l'ovaire ont-ils une valeur diagnostique ?

a) *Contemporains de la môle.* — Actuellement, la majorité des auteurs estime que leur présence et leur évolution ne peut fournir d'indication sur la possibilité d'apparition ultérieure d'un chorio-épithéliome.

b) *Après expulsion de la môle.* — Merger envisage trois éventualités :

— les kystes existaient et vont régresser;
— les kystes existaient et vont augmenter;
— les kystes n'existaient pas et vont apparaître.

Se fondant sur des observations de régression suivies de chorio-épithéliomes, et d'apparitions de kystes à suites bénignes, il conclut que le critère fondé sur leur évolution est sujet à erreur.

4° Diagnostic différentiel. — Sans autres ressources que celles de l'examen clinique, le diagnostic de chorio-épithéliome n'a pas toujours été fait.

L'aspect de la tumeur a pu la faire prendre pour une varice thrombosée (obs. I, III, VII, XIV, XV) et parfois traiter comme telle (obs. XV).

Il faut aussi faire le diagnostic avec :

— les kystes du vagin : leur muqueuse, le plus souvent normale, apparaît parfois bleuâtre par transparence du liquide intra-kystique; mais ils évoluent lentement, il n'y a pas d'hémorragie ni de rapport avec une gestation antérieure;

— le sarcome du vagin : rare; examen histologique;

— l'épithélioma primitif du vagin : vite ulcéré, saignant peu, mais produisant un écoulement sanieux et fétide; accompagné de douleurs vives. Les antécédents, l'âge, l'examen histologique, départageront.

III. — *Examen de l'utérus.*

L'utérus est-il sain ou participe-t-il au processus néoplasique ? Pour s'en informer, plusieurs méthodes ont été proposées : examen clinique, radiologique, curetage, méthode biologique.

1° Examen clinique. — Dans nos observations où l'utérus est sain, sa consistance et son volume ont été trouvés normaux un grand nombre de fois.

Cinq observations le montrent agrandi, et Charrier et Rivière ont constaté son asystolie complète lors de l'injection d'huile lipiodolée (première hystérographie, contemporaine de la tumeur).

Quels sont les caractères d'un utérus chorio-épithéliomateux ? D'après Merger, « on trouve une augmentation peu marquée et régulière... Le volume total est celui d'un utérus gravide de deux ou trois mois..., sa surface est régulière et lisse... La mobilité utérine est conservée, aucune douleur à la mobilisation ni à la pression de l'organe. Sa consistance est molle, élastique... Le col est mou, entrouvert, comme dans les rétentions placentaires ». Mais le signe capital est que *cet utérus saigne* et que les métrorragies sont « continues, indolores et rebelles ».

C'est donc surtout *l'absence de métrorragies*, déjà considérée par Duplay comme un signe rassurant, qui devra tenir la première place ici en faveur de l'intégrité utérine.

Charrier et Rivière attacheront une grande importance à l'apparition d'une « perte de sang qui n'a pas les caractères de règles normales », lorsqu'il s'agira de poser l'indication opératoire.

2° Examen radiologique. — On peut faire appel à l'hystérographie (Charrier et Rivière). S'il existe un chorio-épithéliome intracavitaire, les clichés le montreront; mais une cavité normale à la radio ne permettra pas d'éliminer un chorio-épithéliome intramural, et on a vu Charrier et Rivière, malgré deux examens négatifs, faire quand même une hystérectomie.

Dans l'observation de ces auteurs, la première hystérographie a montré un fait particulièrement intéressant, l'asystolie utérine : « L'utérus, absolument asystolique, s'est laissé distendre par l'huile iodée, sans aucune résistance. Ses contours ne commencent à s'accuser qu'au-delà de 50. A 65 cm³, l'injection est arrêtée, non parce que la capacité limite de l'organe est atteinte, mais parce qu'il n'y a pas de raison de ne pas injecter des quantités illimitées de substance opaque.

« Les clichés montrent une énorme cavité bicorne... malgré la quantité de liquide introduite, les trompes ne sont pas injectées; il n'y a pas de reflux cervical. »

Nous reviendrons plus loin sur cette constatation et l'interprétation qui en a été proposée.

3° Le curetage. — Par définition, les curetages explorateurs pratiqués dans les observations ont montré des muqueuses exemptes d'éléments néoplasiques (obs. IV, V, VI, VII, X, XI, XIV, XIX).

Faut-il pratiquer le curetage explorateur ?

Charrier et Rivière ne l'ont pas fait. Plusieurs raisons sont à invoquer :

a) Le curetage est accompagné du risque de perforation utérine et d'essaimage d'éléments malins en cas de chorio-épithéliome;

b) On peut passer à côté de la tumeur si elle est intramurale. De plus, selon Merger, le diagnostic de malignité par le seul examen histologique des débris de curetage est sujet à caution.

Dangereux et infidèle, le curetage est un procédé d'exploration à écarter.

4° La méthode biologique. — Le relèvement de la courbe des prolans, après la chute ayant suivi l'ablation de la tumeur; signifie qu'il y a encore dans l'organisme des cellules en activité, soit dans le vagin (si l'exérèse a été incomplète), soit ailleurs : utérus, métastases.

On a vu comment Charrier et Rivière ont suivi cette courbe à ce moment.

Taux des prolans :

Avant l'opération :

16 novembre, entre 10.000 et 15.000 U. L.

Après l'opération :

29 novembre, entre 4.000 et 5.000 U. L.;
11 décembre, à peine 150 U. L.;
21 décembre, entre 500 et 1.000 U. L.

Ce relèvement fait craindre une récidive vaginale. Un traitement curiethérapique est institué. Après ce traitement faible, « dans la crainte de provoquer la castration chez une enfant de 15 ans » (1), nouveau dosage.

Après curiethérapie : 13 janvier, entre 2.000 et 4.000 U. L.

Le relèvement s'est accentué. L'hémorragie déjà signalée

(1) Charrier et Rivière.

se produit le 17 janvier : « Devant cette élévation des prolans et l'apparition de l'hémorragie, nous craignons le développement d'un chorio-épithéliome intra-utérin et nous nous décidons, avec beaucoup de regrets, à une hystérectomie de sécurité. » (1).

IV. — *Recherche des métastases.*

1° La clinique. — Les anciens auteurs ne disposaient que des ressources de l'examen clinique. Les poumons, premiers touchés, étaient l'objet d'une surveillance particulière : recherche des signes pulmonaires (obs. V, VII, X, XI, XII, XVIII); analyse cytologique des crachats (obs. VII).

2° La radiographie pulmonaire. — Procédé de choix pour un dépistage précoce. Ginglinger, Charrier et Rivière y ont fait appel. Dans le premier cas, elle n'a pas montré de métastases visibles et l'examen n'a pas été répété (des hémoptysies se produiront six semaines plus tard).

Dans la deuxième observation, une première radiographie a été pratiquée le 16 novembre (jour de l'intervention sur la tumeur vaginale); « elle a montré une petite ombre circulaire, des dimensions d'une pièce de 1 franc, se projetant sur la deuxième côte gauche qui pouvait être interprétée comme une métastase ». Un deuxième cliché datant du 1er décembre « montrait la même ombre, sans augmentation de volume ou d'opacité, et, d'accord avec le Dr Caillon, nous avions renoncé à cette interprétation ».

Charrier et Rivière confirmeront par la suite cette manière de voir, dans les discussions des causes de la réascension hormonale : « Existait-il une métastase pulmonaire ? La tache relevée sur les clichés de novembre et de décembre pouvait le faire croire; mais cette tache a disparu sur les clichés ultérieurs. »

---

(1) Charrier et Rivière.

Ces faits suggèrent deux réflexions :

a) un seul examen radiographique est insuffisant (obs. de Ginglinger);

b) l'interprétation doit porter sur plusieurs clichés, comparés entre eux (obs. de Charrier et Rivière).

3° La méthode biologique. — Le relèvement des prolans après ablation de la tumeur peut signifier métastase aussi bien que tumeur utérine. Chez la malade de Charrier et Rivière, ce sont les résultats des radiographies pulmonaires qui ont fait écarter la première hypothèse.

V. — *Conditions d'application de la méthode biologique au diagnostic de chorio-épithéliome primitif du vagin.*

1° La méthode biologique est venue apporter au diagnostic de la môle et du chorio-épithéliome l'élément de certitude qui manquait. Comme l'ont montré Brindeau, Hinglais et M. Hinglais, le taux des prolans, qui était de 30.000, 50.000, 100.000, 200.000 unités, s'abaisse régulièrement après expulsion de la môle, s'il n'y a pas quelque part dans l'organisme des éléments choriaux encore vivants en train de dégénérer. Dans le cas contraire, la courbe, après avoir baissé, remonte, et c'est beaucoup plus cette réascension que des chiffres élevés qui fait porter le diagnostic de chorio-épithéliome.

Il faut donc, depuis la môle, suivre le taux des prolans par des dosages successifs :

a) Dans les suites molaires bénignes, chute des prolans; réaction négative (moins de 10 U. L. par litre d'urine pour Brindeau et Hinglais) en trois à six semaines, en général.

b) En cas de chorio-épithéliome, après avoir baissé, le taux remonte de façon importante et maintenue.

c) Après traitement du foyer néoplasique (exérèse ou irradiation de la tumeur vaginale), nouvelle chute si la guérison est acquise.

d) Réascension dans le cas contraire : récidive vaginale, foyer utérin ou métastases.

e) Après le traitement du nouveau foyer, on continuera la surveillance biologique jusqu'à négativation de la réaction, critère de guérison.

2° Critique de la méthode. — Bien qu'elle fournisse très souvent des renseignements de premier plan, ses résultats sont parfois d'une interprétation délicate. Deux exemples en sont fournis par les observations de Ginglinger et Charrier et Rivière.

Dans la première, la recherche des prolans après l'opération a été négative alors qu'il y avait certainement encore des éléments chorio-épithéliaux dans l'organisme. Les explications proposées par l'auteur sont que peut-être ces éléments n'étaient pas assez importants pour donner une réaction positive ou encore que leurs produits de sécrétion étaient empêchés de se déverser dans la circulation.

Dans l'observation de Charrier et Rivière, on a vu qu'après deux réactions : l'une qualitative, fortement positive; l'autre quantitative — entre 10.000 et 15.000 U. L. — contemporaines de la tumeur vaginale — se produit, après l'exérèse, une chute régulière jusqu'à 150 U. L.; la courbe remonte ensuite et cette ascension se maintient malgré le traitement vaginal par curiethérapie.

« C'est cette ascension qui commande l'hystérectomie du 19 janvier. Or, l'utérus est indemne de toute tumeur choriale.

» Comment, si l'on accorde à la courbe des prolans la valeur que l'unanimité des auteurs lui reconnaît, interpréter cette discordance apparente entre les faits cliniques et la courbe hormonale ? »

Charrier et Rivière, après avoir montré que la réascension du 21 décembre « peut traduire un réveil d'activité des cellules néoplasiques nécessairement laissées en place par l'exérèse incomplète »..., poursuivent : « mais comment expliquer le taux de 2.000 à 4.000 unités du 13 janvier, trois

semaines après la curiethérapie ? » alors qu'il n'y a pas de tumeur utérine et que la tache pulmonaire des clichés de novembre et décembre a disparu sur les clichés ultérieurs.

Faut-il penser « que la coulée cellulaire constatée pendant l'hystérectomie était une coulée néoplasique ? L'évolution ultérieure a montré son entière disparition.

» Il faut donc admettre qu'il ne s'agissait que d'une réaction inflammatoire, consécutive au traitement.

» Faute d'une interprétation plus sûre, nous pensons que les cellules choriales laissées à ce niveau par la première intervention ont subi, sous l'influence de l'irradiation, une exaltation temporaire de leur sécrétion hormonale avant de dégénérer définitivement.

» La courbe ci-contre ne revêt donc pas l'allure schématique que lui assignent les auteurs dans les cas de chorio-épithéliome post-môlaire. Ceci ne diminue en rien l'importance qu'il faut lui accorder dans la surveillance de telles malades. Comme tout résultat biologique, celui-ci doit être confronté avec la clinique et interprété. Soulignons, de plus, que, contrairement à une opinion trop répandue, le développement d'un chorio-épithéliome ne s'accompagne pas nécessairement d'une élimination considérable de prolans. Les taux très élevés appartiennent à la môle; la courbe de l'élimination post-môlaire est instructive par la réascension du taux hormonal, mais celui-ci excède rarement 20.000 unités. Ce qui nous intéresse, ce n'est pas la valeur absolue de ce taux, mais la courbe générale de ses valeurs successives. »

VI. — *Examen histologique.*

Il est appliqué à la tumeur extirpée. La biopsie est dangereuse (risques d'hémorragie, d'essaimage d'éléments malins).

Il montre les éléments pathognomoniques : cellules de Langhans, syncytium; parfois des villosités avasculaires.

PATHOGENIE

Comment les éléments choriaux sont-ils parvenus dans le vagin ? Provenaient-ils de placentas normaux ou déjà dégénérés ? Les causes mêmes de la prolifération choriale sont-elles connues ? Ces différentes questions seront d'abord envisagées. L'observation de Charrier et Rivière pose des problèmes particuliers relatifs à l'ovaire et à l'utérus; ils seront examinés ensuite.

I. — Deux théories ont été proposées pour expliquer le développement d'un chorio-épithéliome primitif du vagin : la greffe et l'embolie.

1° La greffe. — D'abord soutenue par von Guérard pour une tumeur cervicale, puis, pour le vagin, par Tuffier et Mauté; selon Duplay : « les cellules syncytiales au contact de la muqueuse vaginale, au moment de l'expulsion du produit utérin (môle ou placenta), s'y fixeraient et continueraient à végéter, donnant naissance ainsi à la tumeur... ». Parker, en 1934, a repris cette explication pour un chorio-épithéliome cervical.

2° L'embolie. — Elle suit la voie veineuse rétrograde. « On sait combien la circulation pelvienne est gênée surtout pendant la dernière période de la grossesse. Le sang vecteur de l'embolus circule très lentement. Le courant peut même suivre une direction rétrograde pour gagner les voies anastomotiques vers les veines périnéales. L'embolus se fixe en un point rapproché de l'utérus et s'y développe, donnant naissance lui-même à des embolies qui disséminent l'affec-

tion. » (1). Pour Nabuco de Gouvéa, ce sont les contractions utérines pendant l'accouchement qui forceraient le courant veineux en sens contraire.

Le caractère anatomo-pathologique du chorio-épithéliome primitif du vagin au premier stade — embolus se développant dans une cavité veineuse dilatée — plaide en faveur de cette explication pour un grand nombre des observations.

II. — Greffon ou embolus provenait-il d'un placenta normal ou dégénéré ?

On croyait autrefois que le placenta normal pouvait donner naissance à une greffe ou à un embolus qui aurait dégénéré sur place : c'était la théorie de Pick. Merger nous la montre « contemporaine de celles qui accordaient au placenta, organe « tératoïde, un rôle fondamentalement destructeur » et voyaient « la puissance de prolifération de l'épithélium chorial comme déjà physiologiquement illimitée ».

Actuellement, on tend à admettre que le chorio-épithéliome succède à un môle macroscopique ou microscopique, et l'on pense, après Kossmann, Schmorl, Neumann, que c'est à un élément môlaire greffé ou embolisé que l'on doit le développement d'un chorio-épithéliome primitif du vagin. Merger estime, en accord avec Brooke Bland, « que l'altération du chorion est une condition nécessaire à l'éclosion d'une tumeur maligne ». Les placentas « normaux » des anciens ne l'étaient vraisemblablement qu'en apparence; on sait aujourd'hui combien passent facilement inaperçues des altérations placentaires très discrètes ou microscopiques.

III. — A propos du chorio-épithéliome primitif du vagin, on peut se poser la même question que pour la môle ou le chorio-épithéliome utérin. A quoi est due la prolifération choriale ? On a invoqué plusieurs théories : déciduale, ovulaire, ovarienne; mais aucune n'est satisfaisante, et « le

(1) Duplay.

principe pathogénique du chorio-épithéliome reste à élucider ». (1).

IV. — La malade de Charrier et Rivière a présenté des kystes ovariens entre l'expulsion de la môle (17 octobre) et l'apparition de la tumeur vaginale (10 novembre). Au moment de l'hystérectomie (19 janvier), ces kystes ont disparu, mais les ovaires ont montré à la coupe « des nodules progestatifs nombreux et involutifs sans kystes, et une glande œstrogène, exubérante ». Dans ses commentaires d'examen, Dubreuil écrit : « Les corps progestatifs résultent de l'évolution habituelle de tous les follicules cavitaires par métaplasie progestative de la granulosa, cas habituel dans la grossesse môlaire... Il est à présumer que : 1° l'ovaire a reçu des incitations morphogènes, probablement d'origine throphoblastique, qui ont déterminé la métaplasie de nombreuses granulosa folliculaires; il faut supposer, comme conséquence, une hyperproduction probable de progestérone; 2° la présence de véritables adénomes thécaux (thèques hypertrophiées) suppose une production abondante d'hormone œstrogène.

» L'existence d'un chorio-épithéliome justifie partiellement l'hyperplasie progestative, au moins jusqu'à son ablation, soit durant un mois. Par la suite, l'ovaire semble s'être comporté comme un organe du type « fin de grossesse » — c'est-à-dire que les follicules en développement sont tous évolutifs et font une hyperplasie thécale. » Cet aspect d'ovaire môlaire et de « fin de grossesse » conservé pendant deux mois après ablation de la tumeur est sans doute dû à ce que cette dernière « n'a pas été totale ».

L'utérus, lui, présente une muqueuse dans une phase de repos; « elle a repris le type prépubère, ni cinèses de la phase prolifération, ni signes de la phase sécrétoire, mais épithélium glandulaire atypique. Il semble que les hormones

(1) Mercer.

ovariennes soient sans action sur cette muqueuse, ou bien qu'elles se neutralisent, si tant est qu'elles existent en quantité normale ou correspondent à l'abondance des formations des endocrines ».

Cette muqueuse utérine et ces ovaires sont ceux du 19 janvier. Les kystes ont été remarqués un peu moins de trois mois auparavant (fin octobre). N'y a-t-il pas eu, entre cette époque et le 19 janvier, des signes en faveur de l'activité hormonale particulière des ovaires ?

Charrier et Rivière ont rapproché de l'hyperplasie progestative un autre élément de l'observation : l'asystolie utérine, constatée lors de la première hystérographie (13 novembre). « Celle-ci nous a montré une incroyable atonie du muscle utérin; 65 cm³ d'huile iodée injectée sans pression avaient tout juste dessiné la cavité utérine, sans pénétrer dans les trompes ni refluer par le col.

» Si nous consultons les nombreuses observations recueillies dans la thèse de Merger, nous voyons très souvent signalée par les auteurs l'extrême mollesse de l'utérus au cours de l'hystérectomie pour chorio-épithéliome. Il semble que ce fait soit interprété par les opérateurs comme lié à la présence de la tumeur intra-utérine.

» Dans notre observation, il n'y avait pas de tumeur intra-utérine. Il nous faut donc envisager d'autres hypothèses.

» La flaccidité extraordinaire de l'utérus nous paraît vraisemblablement liée à une action hormonale. La progestérone possède une action élective sur le tonus utérin. La présence de kystes lutéiniques qui accompagnent si fréquemment l'évolution de la grossesse môlaire et du chorio-épithéliome pourrait, à première vue, expliquer cette action. Encore faudrait-il qu'il s'agisse de kyste du corps gestatif proprement dit et que ces cellules fussent en état d'activité fonctionnelle. En réalité, la bilatéralité habituelle de ces kystes prouve qu'il ne s'agit pas de kystes du corps gestatif, mais de follicules ayant subi une évolution spéciale. Les cellules de la granulosa de ces kystes possèdent-elles les

mêmes aptitudes fonctionnelles que celles du corps gestatif ? Les documents manquent complètement à ce sujet.

» Nous n'avons pu malheureusement, toujours pour des raisons matérielles, pratiquer un dosage de pregnandiol au moment où l'hystérographie a été faite. Ce n'est que le 3 décembre, alors que l'utérus avait repris un volume presque normal et que les masses annexielles avaient disparu, que nous avons pu pratiquer ce dosage (Dr Demange). L'urine ne contenait qu'une quantité infime de glycuronate de pregnandiol : 1 milligramme. »

PRONOSTIC

I

Sur 22 observations :

— 10 fois la maladie a été suivie de guérison (obs. I, III, IV, VI, VII, XIII, XVI, XX, XXI, XXII);

— 10 fois elle a entraîné la mort (obs. II, V, VIII, IX, X, XII, XV, XVIII, XIX).

Nous ignorons le sort des malades de Burdzinski et de Marie.

II. — *Eléments du pronostic.*

A. — Précocité d'apparition.

Après l'avortement môlaire, l'accouchement ou l'avortement, la maladie est apparue :

— entre quelques jours (obs. VII) et 10 mois (obs. III) dans les cas suivis de guérison;

— entre quelques jours (obs. XII, XV) et 1 an obs. XIX) dans ceux suivis de mort.

Il ne semble pas qu'il y ait de rapport entre la précocité d'apparition et l'évolution de la maladie.

B. — Choix du traitement.

— *Chirurgie seule* : de Pick-Landeau (1897) à Ginglinger (1928), 7 guérisons, 10 morts.

— *Chirurgie et irradiation* : Czysak (1929) et Charrier et Rivière (1943), 2 guérisons.

— *Irradiation seule* : Spitzer (1935), guérison.

C. — Conditions de l'opération.

Selon qu'elle a lieu au stade de limitation ou d'envahissement, elle est radicale ou ne l'est pas, et dans ce dernier cas on voit se produire des récidives.

— On ne peut savoir *d'avance* si la tumeur est encore limitée.

— *Au cours de l'opération*, Schmit a enlevé deux tumeurs nettement limitées et obtenu la guérison. Mais, d'autres fois, les opérateurs ont cru à une exérèse complète et des récidives se sont produites (obs. VIII, X).

— *Après l'opération* : L'examen anatomo-pathologique de la tumeur montrant que les éléments néoplasiques vont jusqu'à la limite du caillot et la dépassent, peut faire prévoir une récidive (obs. XI, XII).

TRAITEMENT

Deux modes de traitement ont été appliqués au chorio-épithéliome primitif du vagin : la chirurgie et les agents physiques.

I. — *Chirurgie.*

Elle a été le seul traitement dans les 19 premières observations.

Technique. — « Le diagnostic une fois posé, l'opération immédiate et aussi radicale que possible s'impose; il faut profiter de la chance possible de la limitation de la tumeur. » (1).

— Une fois la tumeur a été enlevée avec l'utérus, les annexes et la plus grande partie du vagin (obs. XIII).

— Wehle a pratiqué l'exérèse à la cuillère tranchante et au thermocautère (obs. IX); il y eut récidive.

— Tuffier (obs. XVI) ne put enlever la tumeur, au niveau de la vessie, qu'après résection de la cloison vésico-vaginale sur une longueur de 6 centimètres.

Difficultés. — A part le cas de Schmit signalant qu'il a enlevé facilement deux noyaux partout nettement limités (guérison), et celui de Charrier et Rivière, qui ont eu la certitude de laisser sur place des éléments néoplasiques, dans les autres cas il n'a pas été possible de se faire une idée précise du caractère de limitation ou de non-limitation de la tumeur. Wehle et Peters ont cru tous les deux opérer en tissu sain, et il y eut récidive dans les deux cas.

On peut reprocher à l'acte opératoire de donner lieu à des

(1) Duplay.

hémorragies importantes (obs. XXII) et parfois redoutables (obs. XV). Il est, de plus, souvent incomplet, donc suivi de récidive, et s'accompagne du risque d'essaimage d'éléments malins auxquels on devra d'éventuelles métastases.

Résultats. — 7 guérisons; 10 morts.

II. — *Rayons X. Radium.*

A. — En association au traitement chirurgical.

1° L'exérèse a été suivie d'une irradiation de l'utérus aux rayons X et au radium. La dose employée n'a pas produit la castration (un accouchement, un avortement par la suite) (obs. XX).

2° L'opération a été complétée par une irradiation vaginale au radium : 16 millicuries détruites seulement pour préserver les ovaires (obs. XXII).

B. — Irradiation seule.

La malade de Spitzer a été traitée par le radium et les rayons X. Les doses employées ont entraîné la castration.

Résultats. — Guérison dans les trois cas.

« On sait que le chorio-épithéliome est très radio-sensible; le plus souvent, les auteurs ont eu recours aux rayons de Rœntgen pour agir sur les métastases postopératoires; les résultats obtenus par Keller, Siredey, Brocq, etc., sont généralement bons. Dans notre cas, la situation vaginale de la tumeur nous a paru la rendre plus accessible au radium qu'aux rayons. La dose employée, quoique faible, semble avoir suffi. » (1).

(1) Charrier et Rivière.

CONCLUSIONS

I. — Les chorio-épithéliomes primitifs du vagin sont les moins rares des chorio-épithéliomes ectopiques primitifs.

II. — A l'heure actuelle, on tend à admettre que le chorio-épithéliome succède à une môle macroscopique ou microscopique (qui passerait inaperçue). Sur les 21 observations que nous avons retenues, on a retrouvé une môle macroscopique 7 fois dans les antécédents immédiats, 3 fois dans les antécédents lointains.

III. — Les hémorragies et les tumeurs constituent les signes principaux de la maladie.

IV. — La méthode biologique doit permettre le diagnostic de chorio-épithéliome avant l'apparition des signes fonctionnels. Ce n'est pas un chiffre élevé atteint par le taux des prolans qui fait porter ce diagnostic, mais le relèvement important et maintenu de ce taux après chute préalable suivant l'expulsion de la môle.

V. — Dans une des observations (obs. XXII), les ovaires ont montré de nombreuses formations progestatives de nature ancienne. Il est vraisemblable que l'asystolie de l'utérus constaté deux mois avant l'hystérectomie a témoigné de l'activité glandulaire de ces formations à ce moment.

VI. — Le pronostic actuel du chorio-épithéliome vaginal est excellent.

VII. — Le traitement chirurgical seul, qui a donné 7 guérisons sur 17 cas, devra peut-être céder la place soit à l'exérèse complétée par une irradiation localisée au vagin, soit au seul traitement par les agents physiques.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
R. DUPÉRIÉ.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
M. RIVIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 30 mai 1947.
Le Recteur de l'Académie,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Brindeau et Hinglais. — Diagnostic précoce du chorio-épithéliome post-môlaire par la méthode biologique de la courbe hormonale. *Gyn. et Obst.*, 1939-1940, t. 40, p. 208.

Briquel. — Tumeurs placentaires. Thèse Nancy, 1903.

Brooke Bland. — *Am. Journ. of Obst.*, 1928, t. XV, p. 390.

— *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, n° 2, févr. 1927.

Burdzinski. — Soc. d'Obst. et de Gyn. de Saint-Pétersbourg, séance 17 avril 1903; in *Revue de Gyn.*, janv. 1904, t. VIII.

Busse. — *Virchow's Archives*, 1903, t. 174, H. 2.

Charrier et Rivière. — Tumeur choriale de la paroi vaginale consécutive à l'expulsion d'une môle. *Mém. Acad. de Chir.*, séance 25 avril 1945.

Courrier. — Endocrinologie de la gestation. Masson, 1945.

Czysak. — *Gynokologia Polska*, 1929, t. VIII, p. 804.

Duplay. — Chorio-épithéliome primitif du vagin. Thèse Paris, 1905.

Fleischmann. — *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1903, Bd 17, H. 4, p. 415.

Ginglinger. — Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg, 1938.

Guérard (V.). — *Munch. Mediz. Wochenschr.*, 1899, n° 43, p. 1440.

— *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1899, n° 10, p. 239.

Hicks. — Primary Embolic C. E. of the Vagina. *Transaction of the Obst. Sc. of London*, vol. XLIX, p. 224, p. 1909.

Holzapfel. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1901, n° 41, p. 1139.

— *Munch. Med. Wochenschr.*, 1901, n° 39, p. 1550.

— *Munch. Med. Woschenschr.*, 1901, n° 43, p. 1725.

Hubl. — Ueber das Chorio-Epithéliom in der Vagina bei sonst Gesudem Genitale. *Wien J. Safar*, 1903.

Kossmann. — *Centralb. f. Gyn.*, 1897, n° 40.

Lindfors. — *Centralb. f. Gyn.*, 1901, n° 19, p. 501.

Marie. — Chorio-épithéliome primitif du vagin. Soc. anatomique, 18 nov. 1904.

Mauté et Duplay. — *Tribune médicale*, 17 déc. 1904.

MERGER. — Contribution à l'étude du chorio-épithéliome. Thèse Paris, 1932.

MOLTRECHT. — *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1903, Bd 17, H. 4.

NABUCO DE GOUVEA. — Contribution à l'étude du chorio-épithéliome. Rio-de-Janeiro. In *Revue française de Gyn.*, 1935, n° 30, p. 181.

NEUMANN. — *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd 3, p. 387.

PARKER. — Placenta fragment engragted in cervical laceration. *Journ. of the americ. Med. Assoc.*, t. IC, 16 juill. 1932, p. 212, in *Gyn. et Obst.*, 1934, p. 269.

PETERS. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1902, n° 21, p. 649.

— *Centralbl. f. Gyn.*, 1902, n° 29, p. 769.

PICK. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, n° 40, p. 1216.

— *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1897, n° 40, p. 50.

— *Werhandl. d. Gesellsch. d. Naturf. u. aerzte*, 69.

— *Versammlung zu. Braunschweig*, 1897. Th. 2, p. 111.

— *Centralbl. f. Gyn.*, 1903, n° 37, p. 1110.

ROUVILLE (DE), MADON et GUIBAL. — Tumeur vasculaire du vagin avec syncytiome; mort par pyohémie. Réun. obst. de Montpellier, 10 déc. 1924; in *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1925, p. 95.

SCHLAGENHAUFER. — *Wiener. Klin. Wochenschr.*, 1899, n° 18.

— *Wiener. Klin. Wochenschr.*, 1902, n° 22.

SCHMAUCH. — *Zeitschr. f. Geburtsh.*, 1903 Bd 49, p. 387.

— *Journal of Amer. Med. Assoc.*, 1904, n° 49.

SCHMIT. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1900, n° 47.

— *Centralbl. f. Gyn.*, 1901, n° 49.

— *Wiener. Klin. Wochenschr.*, 1901, n° 44.

SCHMORL. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, n° 40, p. 1217.

— *Centralbl f. Gyn.*, 1900, n° 49, p. 1328.

SPITZER. — *Zentralbl. f. Gyn.*, t. LIX, n° 15, 13 avril 1935; in *Gyn. et Obst.*, n° 36, 1937.

WEHLE. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1901, n° 52, p. 1428.

ZIGORJANSKI-KISSEL. — *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd 69, p. 326.

Dépôt légal effectué en 1947 (2e trimestre).

24352. — Imprimeries Delmas, Bordeaux (31.0192). — 1947.